**河南省教师资格申请人员体格检查标准**

（2017年修订）

**第一条** 各种器质性心脏病伴心功能不全者，不合格；先天性心脏病不需手术治疗者或经手术治愈者，合格。

遇有下列情况之一的，排除心脏病理性改变，合格：

(一)心脏听诊有生理性杂音;

(二)每分钟少于6次的偶发期前收缩(有心肌炎史者从严掌握);

(三)心率每分钟5O-60次或100-110次;

(四)心电图有异常的其他情况。

**第二条**血压在下列范围内，或经药物治疗达到此范围内者，合格：

收缩压90mmHg—140mmHg（12.00—18.66Kpa）；

舒张压60mmHg—90mmHg（8.00—12.00Kpa）。

**第三条** 血液病，不合格（单纯性缺铁性贫血除外）。

**第四条**结核病未治愈者，不合格。

**第五条**慢性支气管炎伴阻塞性肺气肿、严重支气管扩张、严重支气管哮喘，不合格。

**第六条** 各种急慢性肝炎及各类病因所致的肝硬化，不合格。

**第七条** 各种肾脏疾病伴有肾功能不全者，不合格。

**第八条** 糖尿病伴心、脑、肾、眼及末梢循环等其他器官功能严重受损者、尿崩症、肢端肥大症、甲亢伴严重凸眼且治疗不佳者，不合格。

**第九条**有癫痫病史、精神病史、各型严重人格障碍、难治性强迫症、癔症等神经症、精神活性物质滥用和依赖者，不合格。

**第十条** 红斑狼疮、皮肌炎和多发性肌炎、硬皮病、结节性多动脉炎、类风湿性关节炎等各种弥漫性结缔组织疾病，大动脉炎，不合格。

**第十一条**各种恶性肿瘤，不合格。

**第十二条** 两眼矫正视力之和低于5.0，不合格。

**第十三条** 色觉检查异常者，不宜从事美术、化学、生物等以颜色作为技术指标和实验数据的教学岗位。

**第十四条** 两耳听力均低于2米者，不合格。

**第十五条** 严重口吃，吐字不清，持续声音嘶哑、失声及口腔有生理缺陷并妨碍发音，不合格。

**第十六条** 严重下肢血管疾病影响站立或行走，不合格（经手术治愈者除外）。

**第十七条** 严重跛行步态，着装后脊柱严重侧弯、驼背，脊柱、四肢有显著残疾及先天或后天因素造成的肢体残缺、畸形致功能障碍，不合格。脊柱侧弯大于4厘米，双下肢不等长大于5厘米、显著胸廓畸形、主要脏器（心、肺、肝、脾、肾、胃肠等）做过较大手术，不宜从事体育类教学工作。

**第十八条** 面部有较大面积（3×3厘米）疤痕、血管瘤、白癜风、色素痣或严重影响面容（如斜颈、面瘫、唇腭裂及其手术后遗症及一眼失明、五官先天或后天性残缺、畸形等），不合格。

**第十九条** 对申请认定幼儿园教师资格人员，增加淋球菌、梅毒螺旋体、滴虫、外阴阴道假丝酵母菌（念球菌）（后两项指妇科）检查项目，阳性为不合格；呼吸系统疑似症状者需做胸片检查。

**第二十条** 未纳入体格检查标准、有影响健康和教学工作的其他疾病或生理缺陷者为不合格。

**第二十一条** 体检结论分合格、不合格两种，体检结论的有效期为一年。

**第二十二条** 本体检标准从2017年4月1日起试行，以往的相关体检标准自本标准实施之日起废止。

河南省教师资格申请人员体检表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | 年龄 | |  | | 性别 | |  | | | 婚否 |  | | | | 民族 | |  | 相片 |
| 单位 | |  | | | | | | | | | | 联系电话 | | | |  | | | |
| 既往病史（本人如实填写） | | | | | | | | 1.肝炎  2.结核  3.皮肤病  4.性传播性疾病  5.精神病  6.其他   受检者签字： | | | | | | | | | | | |
| 五 官 科 | 裸眼视力 | | 右 | | | | | 矫正视力 | | | 右 | | | | 辨色力 | | |  | | 签名 |
| 左 | | | | | 左 | | | |
| 听  力 | | 左耳          米 | | | | | | | | 右耳             米 | | | | | | | | | 签名 |
| 鼻 | | 嗅 觉 | | |  | | | | | 鼻及鼻窦 | | | |  | | | | |
| 面 部 | |  | | | | | | | | 咽 喉 | | | |  | | | | |
| 口腔唇腭 | |  | | | | | | | | 齿 | | | |  | | | | |
| 其  他 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 外     科 | 身  高 | | 公分 | | | | | | | 体  重 | | | | | 公斤 | | | | | 签名 |
| 淋  巴 | |  | | | | | | | 脊  柱 | | | | |  | | | | |
| 四  肢 | |  | | | | | | | 关  节 | | | | |  | | | | |
| 皮  肤 | |  | | | | | | | 颈  部 | | | | |  | | | | |
| 其  他 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 心电图 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 签名 |
| 胸部透视 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 签名 |
| 肝、胆、脾、胰、肾B超 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | 签名 |
| 内  科 | 发育情况 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | 签名 |
| 血 压 | | | mmHg | | | | | | | | | | | | | | | |
| 心脏及血管 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 呼吸系统 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 神经及精神 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 腹部器官 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 其  他 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 化验检查（附化验单） | | | | 肝功能 | | | | | | | | | | 其 他 | | | | | | 签名 |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | |
| 体检结论 | | | | 主检医师签字： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 体检医院意见 | | | | 体检医院盖章                                        年  月  日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 备  注 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **说明：**1.体检前必须贴有本人1寸彩色近照；        2.体检表中个人基本资料如实填写齐全；        3.体检当日早晨须空腹（禁食、禁水）；        4.本表须A4规格纸张正反双面下载。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |